IRDES

Soins de santé primaires organisation du système de santé et changements…

Colloque international sur les politiques de santé

Alger - 18-19 janvier 2014

Yann Bourgueil –www.irdes.fr



Evolution du taux de renoncement aux soins pour raisons financières (source ESPS)

Taux de renoncement

30
25
20
15
10
5
0

1998 2000 2002 2004 2006 2008

Année

Taux CMU
Taux des assurés

Evolution du taux de renoncement pour raisons financières des CMUistes et des personnes assurées par une complémentaire privée entre 1998 et 2008



Le problème ?

X	X	X
X	X	X
X	X	X

IRDES

Les dimensions des soins primaires

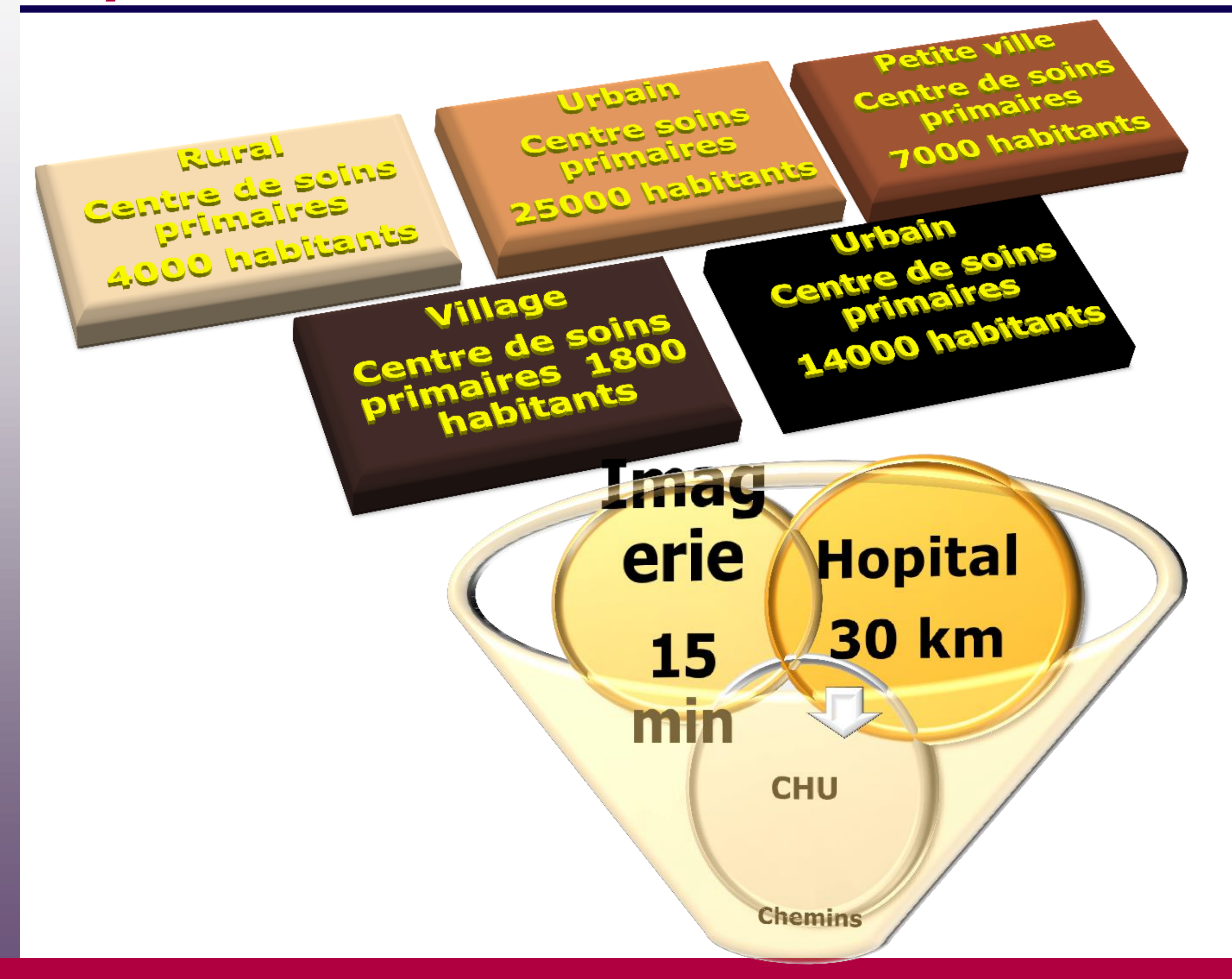
- Accessibilité : Géographique, financière (CMUC, AME), sociale (PASS..), temps (permanence des soins)
- Continuité : Relationnelle, informationnelle (SI, courriers adressages), coordination (fonctions de coordinations..)
- Globalité : soins à une personne (dimensions sociale, économique, médicale) - soins préventifs, curatifs, palliatifs
- Efficience (contrôle accès à l'hôpital, aux spécialités, maintien à domicile – listes d'attentes)

IRDES

Trois modèles types de soins ambulatoires

- Le modèle normatif hiérarchisé : un système organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat, et décentralisé (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède)
- Le modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste comme pivot du système (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande)
- Le modèle professionnel non hiérarchisé : une organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada)

Modèle normatif hiérarchisé : le système catalan de santé



IRDES

Modèle normatif hiérarchisé : Système Catalan de Santé

- Gatekeepers
- Equipe multidisciplinaire salariée
  - MG(>15 ans) 1 pour 1750 à 2500 hbts
  - Pediatre 1 pour 1250 à 1 500 hbts <15 ans
  - IDE (1 par médecin)
  - Dentiste (1 pour 11 000 hbts)
  - Travailleur social (1 pour 25 000 hbts)
- Informatisation, P4P, EBM
- Limites : mobilité professionnels, 12 Cs par an par patient, recours aux urgences +++, défaut d'intégration – leadership ? Pas de participation formelle dans la communauté
- Réorganisation territoriale (7 régions santé, 37 comtés, 349 aires basiques de santé)



Modèle professionnel hiérarchisé : les soins ambulatoires au Royaume Uni

- Une extension des rôles dévolus au MG depuis 1948
- Organisation et financement des SP par les Primary Care Trust (152 PCTs) avec une allocation des ressources Etat (Trésor/DOH)-Régional-(10 SHAs)-local (152 PCTs) pondérée selon les « besoins »
- Politique incitant au regroupement et le travail en équipe (8433 GPPs) –Investissement dans les structures, incitations au travail en équipe (24 personnes en moyenne, 22% MG Tps plein, 45% infirmières Tps partiel, 22% administratifs)
- La mise en place d'une politique de contractualisation selon la qualité/performance en plus de la capitation (*GP contract* de 1990 & dépistage/vaccination -> PMS 1998 -> QOF&P4P 2004 – 30% des revenus) Domaines : cliniques (HTA, DNID…), organisationnels (dossier patient..) satisfaction (attente..) domaines spécifiques (grossesse…)



Les soins ambulatoires au Royaume-Uni : soins primaires et secondaires

- Définition des professionnels et des services/structures couvrant les SP: une gamme de soins et services étendue
- Organisation spécifique pour l'urgence
- GP gatekeeper et responsable d'une population au niveau local (liste)
- GPP/PCT, notamment les infirmières, assurent la coordination (sanitaire et social)

Primary Care
GP Practices
Dentists
Opticians
Pharmacists
NHS Walk-in Centres
NHS Direct
Information
Patients & Public
Quality
Choice
Care
Safety
Emergency and urgent care
Ambulance Trusts
NHS Trusts
Mental Health Trusts
Care Trusts
Secondary Care

Department of Health (DH) "funding, directing and supporting the NHS"

Primary Care Trusts (PCTs) "assessing local needs and commissioning care"

Strategic Health Authorities (SHAs) "managing, monitoring and improving local services"

Autorités locales pour les services sociaux

IRDES

Modèle professionnel non hiérarchisé – Allemagne, France

- Nombreux spécialistes et généralistes en ambulatoire, accès directe, pratique solo dominante, paiement à l'acte , plus ou moins assistants des médecins

- Principes organisateurs des soins ambulatoires en France
  - Charte de la médecine libérale 1927
  - Création de l'assurance maladie 1946 universelle en 1999 (CMU) (Assurés/habitants et paritarisme)
  - Réforme Debré en 1958 : CHU et organisation de l'ordre médical (Flexner 1910)

- Offre abondante, en ambulatoire
  - Diverse, concurrentielle, peu hiérarchisée, foisonnement institutionnel
  - Vers l'organisation (Médecin traitant, paiements différents, soutien au travail d'équipe…)



Vers une hybridation des modèles

- Pratiques en équipes/groupes
- Modes de rémunérations mixtes (salaire, forfait, P4P, PBR)
- Introduction de référencement – listes de patients
- Services spécialisés en proximité
- Rapprochement médical et social
- Systèmes d’informations (conceptuel et techniques)



Des problèmes similaires

- Complexité et « chronicité » des situations cliniques
- Progrès techniques et déplacement de l'hôpital vers l'ambulatoire→ Proximité - relation – clinique
- Augmentation des dépenses – limitation des ressources: **enjeu d'équité**
- Diminution du nombre de médecins
- Arbitrage différent entre Tps travail et loisir
- Féminisation et choix d'installation
  →contexte de travail et rémunération

IRDES

Les situations actuelles et à venir

- Des patients plus âgés plus nombreux
- Malades plus longtemps, plus informés, plus organisés
- Plus malades plus longtemps - Espérance de Vie Sans Incapacités ?
- Malades et moins autonomes
- Plus souvent au domicile ?
- Avec plus souvent des difficultés économiques et sociales



Les besoins actuels et à venir

- Accompagnement, information, « empouvoirement »
- Explicitation du mode d'emploi (ce qui suppose un mode d'emploi) – « Health Literacy »
- Fonctions de coordination (gestion de cas à complexité médicale et sociale), supports de transmissions d'informations
- Faciliter l'accès aux soins et prendre en compte les restes à charges – aides aux aidants
- Anticipation de la perte d'autonomie (situations fragiles : isolement – logement – alimentation…)
- La « clinique » de la poly-pathologie du sujet en société : un continent à explorer
- Prévention - comportements à risques - éducation +++++ et rôle des femmes



Réforme et adaptations

- Les professionnels : la solution et…….le problème ?
- Valorisation
  - Symbolique : la recherche en soins primaires (postes, données d'enquêtes ou administratives)
  - Incitations : financières et cadre d'exercice
- Formation
  - Auprès du malade (la thérapeutique, éducation) auprès des personnes (l'hygiène, prévention)
  - Dans un cadre modélisant (le processus d'apprentissage - équipes): Centres Ambulatoires Universitaires ?
- Evaluation – Mesures (enquêtes, comptes, données)
- Systèmes complexes - approches systémiques



Le problème ?

X	X	X
X	X	X
X	X	X



La solution

X X X

X X X

X X X

IRDES

Quelques références accessibles sur le WEB

Beaulieu M. D., Contandriopoulos A. P., Denis J. L., Haggerty J., Lamarche P. À, Pineault R., (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (www.fcrss.ca).

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande Questions d'économie de la santé IRDES n° 141. Avril 2009 - http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf

Boerma W., Rico, A., Saltman R., (2006). *Primary Care in the Driver's seat?*, European Observatory on Health. Systems and Policies Series, Open University Press.

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives*, Rapport Irdes, n°1675, 2007. http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf

Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J., *Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières*, Rapport Irdes, n°1624, 2006. http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes95.pdf

Cozzarolo B., Jalon E., Sarlat G., Durieux B. (sous la supervision de), (Mars 2003) ; *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères*, Inspection générale des Finances, 198 pages.

World Health Organization, *Primary Health Care, Now More Than Ever,* The World Health Report 2008.

The strength of primary care in Europe - Kringos et al. British Journal of General Practice, November 2013